

самі заходи, що і в контрольній групі. Результати застосування методики наведені у таблиці.

Висновки. Під час застосування даного методу не спостерігалось жодних ускладнень і побічних дій, а лише позитивний ефект у всіх дітей, яким проводилось проце-

дури в такій послідовності, обов'язково починаючи з прогрівання в сауні або ванні при вказаних температурах. Отже, при індивідуальному підході та з дотриманням етапності лікування метод теплової релаксації можна успішно використовувати для реабілітації дітей з ДЦП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кушнир Г. М. Особенности диагностики и подходы к терапии у больных детским церебральным параличом с тяжелыми формами двигательных расстройств / Г. М. Кушнир, С. В. Власенко // Украинский невролог. журн. — 2008. — № 2. — С. 51—56.
2. Негрич Т. І. Дослідження здатності розщеплювати ДНК в імунглобулінів G, виділених з плазми крові дітей, хворих на розсіяний склероз / Т. І. Негрич // Український невролог. журн. — 2008. — № 2. — С. 57—61.
3. Цимбалюк В. І. Застосування ботулотоксину А (Диспорт тм) у комплексній терапії при нейроортопедичних синдромах у хворих на дитячий церебральний параліч / В. І. Цимбалюк, С. В. Власенко, О. Г. Крамчанінова
4. Мальцева О. М. Динамічне спостереження за дітьми з ураженням нервової системи та їх реабілітація / О. М. Мальцева, Т. М. Бухановська // Вісник гігієни і епідеміології. — 2004. — Т. 8, № 1.
5. Денисенков А. И. Ипотерапия как одно из средств реабилитации больных с детскими церебральными параличами / А. И. Денисенков. — Москва : Знание, 2000. — 200 с.
6. Панаев М. С. Основы массажа и реабилитации в педиатрии / М. С. Панаев. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2003. — 320 с.
7. Козьякин В. И. Детские церебральные параличи / В. И. Козьякин, М. А. Бабадаглы, О. А. Качмар. — Львів : Медицина світу, 1999. — 295 с.

Е.Д. Дука, И.Г. Дука

Возможности щадящей иммунокоррекции у детей раннего возраста с рекуррентной респираторной патологией

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

Введение. Респираторные заболевания составляет 50–60% всех регистрируемых заболеваний детского возраста. Ежемесячно ОРЗ повторно болеют около 20% детей с рецидивирующими респираторными заболеваниями. В 40% случаев к 7–8 годам у этих детей формируется хроническая патология (И.В. Нестерова и соавт., 2010).

Количество детей с рецидивирующими заболеваниями органов дыхания до настоящего времени не имеет тенденции к снижению. Ребенок с рецидивирующими респираторными заболеваниями болеет не в результате нового заражения, а в связи с рецидивом собственной эндогенной вирусной или бактериальной флоры. Даже при достаточном наличии факторов врожденного иммунитета дети раннего возраста не всегда способны компенсировать возрастную незрелость адаптивных защитных реакций. Клиническим проявлением такой ситуации является формирование у детей рекуррентного течения респираторной патологии (Л.С. Овчаренко, 2010).

В ряде случаев рекуррентные ОРВИ могут возникать не только в результате возрастных особенностей организма ребенка и неблагоприятных факторов риска, но и являются проявлением такой патологии, как пороки развития БЛС и ЛОР-органов, ИДС, мукоцилиарная недостаточность, ферментопатии, ГЭР, муковисцидоз и др.

Одной из актуальных проблем педиатрии является профилактика и терапия повторных респираторных заболеваний у детей грудного и раннего возраста. Сложностью для решения вопросов иммунотерапии является опасность нарушения физиологических процессов иммуноэндокринного развития детей при врачебных иммуноактивных вмешательствах. Способность такого средства прямо или косвенно активировать один из участков развивающейся иммунной системы ребенка приводит к дисбалансу других звеньев иммунитета, формируя нежелательные иммунопатологические сдвиги (Н. Коровина, 2012).

Прицельный подбор иммунокорректирующих препаратов на основе клинико-иммунологического обследования часто болеющих детей, на сегодня, как правило, не осуществим. В большинстве случаев иммунокорректирующая терапия назначается по клиническим показателям, а выбор препарата осуществляется эмпирически. Таким образом, предпочтение следует отдавать наиболее проверенным иммуномодуляторам с множественным механизмом действия (Н.М. Ярцев, 2010).

Цель исследования: выявление причин рекуррентных ОРЗ и возможностей щадящей иммунокоррекции.

Материалы и методы. В процессе исследования использовался гомеопатический препарат «Иммунокинд». Активные ингредиенты препарата способствуют укреплению иммунитета у детей грудного и младшего возраста при повторяющихся инфекционно-воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей, при медленном выздоровлении, а также для профилактического применения. Клиническое исследование гомеопатического препарата «Иммунокинд» проводилось в пяти независимых клинических центрах Украины (Киев, Полтава, Донецк, Харьков, Днепропетровск). Под наблюдением находился 281 ребенок в возрасте от 3 мес. до 4 лет. Средняя длительность лечения составила 24 дня при соответствующей дозировке препарата. Детям от 1 мес. до 6 лет назначалось по 1 таблетке 3 раза в день за полчаса до еды или через полчаса после еды, давая им раствориться во рту. Выраженность и динамику клинических проявлений оценивали по специально разработанной оценочной шкале с индивидуальной 4-балльной оценкой каждого вопроса.

Результаты. По исходной оценке выраженности патологической симптоматики дети были разделены на три группы: первую группу составляли дети с легкой выраженностью патологического процесса (23,5%), вторую группу — дети с умеренной выраженностью патологиче-

ского процесса (33,8%), третью группу — дети с выраженным патологическим процессом (42,7%).

В результате проведенной терапии выявлено значительное повышение неспецифических факторов защиты: фагоцитарной активности, фагоцитарного числа, секреторного IgA. Достоверно выявлено повышение количества NK и IL-10. Продолжительное лечение в течение 28 дней было достоверно эффективным ($p < 0,001$).

Выводы. Применение препарата «Иммунокинд» на 86,2% снижает степень выраженность симптомов респираторной патологии уже через две недели после начала

приема препарата. Темпы редукции симптоматики свидетельствуют о высокой клинической эффективности Иммунокинда. Коррекция функциональной незрелости иммунной системы у детей в возрасте старше года является более эффективной по сравнению с детьми до года, вероятно, в связи со становлением факторов иммунной системы. Показатели эффективности терапии и скорость развития терапевтического эффекта в некоторых случаях диктуют необходимость более длительной курсовой терапии препаратом «Иммунокинд» для достижения полного выздоровления.

С.К. Евтушенко, Е.М. Фомичева, О.С. Евтушенко, Е.А. Савченко Нейровизуализационные особенности аномалий головного мозга у детей с церебральным параличом

Донецкий областной детский клинический Центр нейрореабилитации, Украина

Под нашим наблюдением находилось 134 ребенка (80 мальчиков и 54 девочки) в возрасте от одного года до 10 лет с различными формами ЦП, двигательные нарушения соответствовали III–IV уровню GMFCS. В целях уточнения наличия морфологических изменений головного мозга при разных клинических формах ЦП, проводилось нейровизуализационное исследование. На основе полученных данных, с учетом клинической картины и нейровизуализационных особенностей патологии головного мозга, нами разработана индивидуальная, долговременная, поэтапная, программа реабилитации, прежде всего медикаментозной, с параллельным применением модифицированных немедикаментозных средств реабилитации.

Ключевые слова: дети, церебральный паралич, аномалия головного мозга.

Церебральный паралич (ЦП) — это возникшие преимущественно непрогрессирующие) расстройства моторики и когнитивных функций в незрелом или аномально развивающемся мозге ребенка (К.А. Семёнова, 2000) на фоне иммуногенетической предрасположенности (О.С. Евтушенко, 2000). Церебральный паралич является одним из самых тяжелых инвалидизирующих заболеваний детского возраста. В этиологии и патогенезе ЦП играют роль многочисленные факторы в пре-, интра- и постнатальном периодах.

Под нашим наблюдением находилось 134 ребенка (80 мальчиков и 54 девочки) в возрасте от 1 года до 10 лет с различными формами ЦП, двигательные нарушения соответствовали III–IV уровню GMFCS; двойная гемиплегия — 65 (48,5%) человек, спастическая диплегия — 48 (35,8%) человек, гемипаретическая форма — 21 (15,6%) человек. У 98 (73%) детей был отягощен перинатальный анамнез: малый срок гестации, инфекционные заболевания матери во время беременности, выкидыши у матери в анамнезе, угроза выкидыша во время данной беременности, нарушение фетоплацентарного кровотока, история неонатального оживления, неонатальные дыхательные расстройства (respiratory distress), неонатальные инфекции и др. Предгравидарные факторы риска: предыдущие замершие беременности и мертворождения, привычное невынашивание беременности, антифосфолипидный синдром (АФС), TORCH-инфекция, другие факторы. Доказано, что одной из ведущих причин привычного невынашивания является недиагностируемый антифосфолипидный синдром у беременной (С.К. Евтушенко, М.А. Москаленко, 2002). В целях уточнения наличия морфологических изменений головного мозга при разных клинических фор-

мах ЦП, проводилось нейровизуализационное исследование. При проведении МРТ (аппарат фирмы Siemens FLAIR и TOF) в сосудистом режиме у обследуемых детей были выявлены следующие изменения: гипоплазия мозга — 6 (4,4%) человек, кистозная дегенерация — 16 (11,9%), микроцефалия — 6 (4,4%), агенезия мозолистого тела — 5 (3,7%), фокальные корковые дисплазии — 6 (5,9%), полимикрогирия — 5 (3,7%), пахигирия — 6 (4,4%), гипоплазия мозжечка — 5 (3,7%). Кроме того, полимикрогирия у троих детей сочеталась с синдромом Денди—Уокера, в двух случаях — с синдромом Арнольда—Киари. Перивентрикулярная лейкомаляция, как следствие гипоксически-травматически-ишемического поражения ЦНС, была обнаружена у 46 (34%) детей. У 34 (25%) человек МРТ-исследование не выявило патологических изменений головного мозга, однако эти дети имели двигательные нарушения, задержку умственного развития, вероятно, обусловленные не диагностируемыми генетическими нарушениями.

На основе полученных данных, с учетом клинической картины и нейровизуализационных особенностей патологии головного мозга, нами разработана индивидуальная, долговременная, поэтапная, программа реабилитации, прежде всего медикаментозной, с параллельным применением модифицированных немедикаментозных средств реабилитации.

Медикаментозная терапия ЦП включает в себя назначение различных групп фармацевтических средств, лидирующее место среди которых занимают ноотропы (Когнум), сосудистых, нейрометаболических, нейропептидных, аминокислотных (Глицин), препаратов ботулинтотоксина (Диспорт), витаминных (моно- и поливитаминные препараты), комплексных — смешанного спектра действия.